Über

idiopathische chronische

Peritonitis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. C. Liebermeister

o. ö. Professor der Medicin und Vorstand der medicinischen Klinik

vorgelegt

von

Heinrich Steinbrück

aus Esslingen.

Tübingen,

Druck von Ludwig Friedrich Fues.

1876.

Mit dem Namen der chronischen Peritonitis werden verschiedene Affectionen bezeichnet. Zunächst versteht man darunter gewisse Ausgänge der gewöhnlichen acuten Peritonitis oder selbst die acute Peritonitis an sich, wenn sie schliesslich in den chronischen Verlauf übergeht. Ausserdem rechnet man zur chronischen Peritonitis häufig die Fälle, bei welchen im Verlaufe von Neubildungen im Peritonäum ein Erguss in die Bauchhöhle stattfindet, der entweder von Anfang an geronnenes Fibrin enthält oder nach der Entleerung allmählich Fibrin ausscheidet (Fibrin später Gerinnung, Bradyfibrin); es sind diess die Fälle, welche früher gewöhnlich als Hydrops fibrinosus s. lymphaticus s. inflammatorius bezeichnet wurden. Neben Carcinom, Sarcom u. s. w. ist es namentlich die Tuberculose, welche besonders häufig zu chronischer Peritonitis Veranlassung gibt, und zwar sowohl die eigentliche Miliartuberculose des Peritonäum, als auch die spezifischen käsigen Entzündungen. Für viele Autoren ist der Ausdruck chronische Peritonitis nahezu synonym mit dem Ausdruck tuberculöse Peritonitis.

Ausser den genannten Fällen, bei welchen die chronische Peritonitis augenscheinlich secundär, die Folge einer andern Krankheit ist, gibt es noch andere, welche nur die Deutung als idiopathische chronische Peritonitis zulassen. Bei diesen ist das Exsudat zuweilen rein oder fast rein serös, so dass man in der That mit den älteren Aerzten von einem Ascites essentialis reden kann, in den meisten

Fällen sind geringere oder grössere Mengen von Fibrin dem Exsudat beigemischt.

Während in früherer Zeit das Vorkommen eines solchen essentiellen Ascites als selbstverständlich galt, hat man in neuerer Zeit vielfach das Vorkommen desselben in Abrede gestellt. Und in der That können wir nicht zweifeln, dass Manches von dem, was die älteren Aerzte als essentiellen Ascites ansahen, in Wirklichkeit nicht so aufzufassen ist: viele dieser Fälle entstehen in Folge von Stauungen im Gebiete der Pfortader, wie namentlich bei Lebercirrhose (einzelne Aerzte haben selbst den Ascites bei Lebercirrhose als Product einer chronischen Entzündung ansehen wollen), andere sind als secundäre chronische Peritonitis in dem oben angegebenen Sinne aufzufassen. Aber andrerseits geht man, wie mir scheint, doch zu weit, wenn man glaubt, alle derartige Fälle unter jene Kategorieen unterbringen zu können.

Zu denjenigen Autoren, die das Vorkommen einer idiopathischen chronischen Peritonitis bestreiten, gehört namentlich Louis[1]), welcher behauptet, alle hiefür ausgegebenen Fälle beruhen auf Tuberculose. Ferner gehört hierher Bamberger, welcher die Krankheit ausdrücklich bespricht, aber ihr Vorkommen bezweifelt[2]), so wie Seitz, welcher sagt: „Ob es einen idiopathischen entzündlichen Ascites gebe (etwa als identisch zu betrachten mit dem essentiellen Ascites der älteren Autoren), welcher aus Erkältungen hervorgehend, in der Regel nach mehrmonatlicher Dauer in Genesung endigen soll, ist trotz neuerer,

---

1) Louis, Recherch. anat. path. 1826.
2) Virchow, Spez. Path. u. Therap. Band VI.

diese Ansicht vertretender Mittheilungen noch unerwiesen" [1]). Hierher sind wohl auch zu rechnen Niemeyer und Lebert, in deren Lehrbüchern dieser Krankheit gar keine Erwähnung geschieht.

Auf der andern Seite stehen Wunderlich [2]) und Cannstatt [3]), welche die idiopathische Peritonitis anerkennen, ohne aber etwas Näheres darüber mitzutheilen. Genauer gingen auf diese Krankheit ein und vertraten sie auch nachdrücklicher einige französische Autoren, wie Broussais [4]), und Toulmouche [5]) in neuester Zeit ferner Galvagni [6]), welcher in einer trefflichen Arbeit zwölf Fälle beschreibt, auf die ich noch öfter zurückkommen werde. In dem neuesten Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, das unter Ziemssen's Leitung herausgegeben wird, findet diese Krankheit ebenfalls ihre Besprechung und wird, wenn auch als etwas sehr seltenes, anerkannt. Von Stiller [7]) in Budapesth wird auch ein hierher gehöriger Fall beschrieben und das Vorkommen der idiopathischen chronischen Peritonitis ausser Zweifel gesetzt.

Mehrere solche Fälle von idiopathischer chronischer Peritonitis wurden von Herrn Prof. Liebermeister in Basel und in den letzten Jahren auch in hiesiger Klinik

---

1) Niemeyer, Spez. Path. u. Therap. 9. Aufl. Band I. 1874. S. 695.

2) Wunderlich, Spez. Path. u. Therap. Band III.

3) Cannstatt, Spez. Path. u. Therap. Band V.

4) Histoire des Phlegm. 2. Ed. II.

5) Gazette med. 1842.

6) Rivista Clinica di Bologna 1869. Num. 6. Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale).

7) Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Jahrg. 1875.

behandelt, welch letztere ich zum Theil selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. Ich will nun versuchen mit Zugrundelegung dieser sowie der in der Literatur verzeichneten Fälle ein Krankheitsbild der idiopathischen chronischen Peritonitis zu entwerfen und am Schlusse die hierher gehörigen Krankengeschichten anreihen.

Aetiologie.

Bei der Aetiologie dieser Krankheit kann man unterscheiden prädisponirende Momente und Gelegenheitsursachen.

Eine Prädisposition finden wir entschieden beim weiblichen Geschlecht: die in hiesiger Klinik beobachteten Fälle betreffen mit Ausnahme eines einzigen sämmtlich Frauenzimmer, Galvagni hatte unter seinen zwölf Fällen acht Weiber und vier Männer. Ferner wird vorwiegend das jugendliche Alter betroffen. Bei Frauen, die schon die Pubertätsjahre erreicht haben, finden sich in der Anamnese fast regelmässig Angaben über Menstruationsanomalieen der verschiedensten Art häufig verbunden mit Chlorose. Weitere Disposition kann geben: vorausgegangenes Puerperium, und zwar kann dasselbe schon ein bis zwei Jahre vorhergegangen sein, ferner Abdominaltyphus, Hämatocele retrouterina, überstandene acute Peritonitis.

Es sind dies alles Zustände, bei denen das Peritonäum in grösserer oder geringerer Ausdehnung eine gewisse Alteration erfährt und in Folge davon, als Locus minoris resistentiæ, bei Einwirkung einer neuen wenn auch oft unbedeutenden Schädlichkeit leicht der Ausgangspunkt einer chronischen Peritonitis wird. In manchen Fällen,

wie z. B. wenn die chronische Peritonitis nach einem überstandenen Abdominaltyphus oder nach einem Wochenbett auftritt, liegt auch die Vermuthung nahe, dass irgend eine an sich unbedeutende Läsion längere Zeit gleichsam latent geblieben sei oder nur zu einer fast ohne Symptome verlaufenden und auf eine kleine Lokalität beschränkten partiellen chronischen Peritonitis geführt habe, bis dann später in Folge einer Gelegenheitsursache eine diffuse Ausbreitung des chronisch entzündlichen Processes erfolgte.

Als Gelegenheitsursachen finden wir dann in vielen Fällen angegeben: Erkältungen, Durchnässungen, längerdauernde Erschütterungen, wie z. B. Fahren auf holperigen Wegen u. s. w.

Daneben bleibt aber immer noch eine ziemliche Anzahl Fälle übrig, bei welchen man überhaupt keine Veranlassung auffinden kann.

Symptome und Verlauf.

Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einem Gefühl von Druck und Schmerz an einer bestimmten Stelle, so besonders in den Hypochondrien, am Rippenbogen oder in der Umgebung des Nabels. Die Schmerzen können verschieden stark sein, meist sind sie nicht sehr heftig; sie werden vermehrt durch Druck sowie beim Beugen und Strecken des Rumpfes, sie können auch zeitweise vollständig aufhören nnd dann wiederkehren. Daneben besteht Mattigkeit, Appetitlosigkeit, allgemeines Unbehagen, unregelmässiger Stuhlgang, gewöhnlich Verstopfung, hie und da wiederholtes Erbrechen und bei Frauen Menstruationsanomalieen. Doch können die Patienten meist ausser

Bette sich aufhalten, ja sogar noch leichtere Arbeit verrichten.

Nach kürzerer oder längerer Dauer dieses Stadiums (von Galvagni als Prodromalstadium bezeichnet) findet eine allmähliche Anschwellung und Auftreibung des Bauches statt, es kommt zur Bildung eines Exsudates, das bald mehr rein serös ist ähnlich der Ascitesflüssigkeit, bald mehr serofibrinös. Im ersteren Fall bleibt es immer beweglich, im letzteren finden zuweilen Adhäsionen und Verwachsungen der Baucheingeweide unter einander und mit den Bauchwandungen statt, und in Folge davon kann Absackung des Exsudates zu Stande kommen. Auch kann es geschehen, dass man bei der Palpation, wenn die Masse des flüssigen Exsudates nicht zu bedeutend, oder wenn dasselbe schon grösstentheils resorbirt ist, Tumoren durchfühlt, die sehr verschiedene Form und Grösse haben können. Zuweilen sind es zahlreiche erbsen- bis wallnussgrosse Tumoren, welche theils abgegrenzt, theils durch leistenartige Erhabenheiten mit einander verbunden sind. In anderen Fällen sind es grössere zusammenhängende, zuweilen circumscript abgegrenzte, zuweilen diffus in die Umgebung übergehende resistentere Stellen. Unter Anderem kann auch durch chronische Peritonitis das Netz zu einer quer verlaufenden resistenten Masse zusammengezogen oder „aufgerollt“ werden. Diese Tumoren entstehen theils ähnlich wie pleuritische oder pericarditische Schwarten, indem sich an verschiedenen Stellen der Serosa der Baucheingeweide Fibrinmassen niederschlagen, und dann gewöhnlich auch von der Serosa aus sich gefässhaltiges junges Bindegewebe bildet, theilweise (besonders die grössern Tumoren) entstehen sie durch Verlöthung

und Verwachsung einer Anzahl Darmschlingen zu einem zusammenhängenden Klumpen, oft mit Einschluss von Exsudatmassen.

Die flüssige Exsudation erfolgt bald rascher bald langsamer, sie kann eine Zeit lang vollständig sistiren, ja das Exsudat kann abnehmen und dann oft ohne bekannte Veranlassung wieder schnell steigen. Die Masse des Exsudats ist verschieden von den geringsten Graden bis zu einen Höhe, bei der das Abdomen aufs stärkste gespannt und ausgedehnt wird, so dass die Funktion der Lungen und des Verdauungsapparates schwer beeinträchtigt wird. Was die Beschaffenheit des Exsudates anbelangt, so erhielten wir in Fällen, in welchen die Punction gemacht werden musste, eine grünlichgelbe, stark Eiweiss haltige, theils mehr dünn- theils mehr dickflüssige Masse, in welcher sich beim Stehen Fibrin abschied. Das spezifische Gewicht betrug in einem Fall 1022 und in einem andern 1020, und der Eiweissgehalt betrug in dem einen 5,5%, in dem andern 5,4%.

Mit dem Weiterschreiten des Prozesses und dem Steigen des Exsudates breiten sich auch die anfänglich lokalisirten Schmerzen über den ganzen Bauch aus.

Was die physicalischen Eigenschaften des Ascites anlangt, so ist derselbe häufig vollständig frei, ganz ähnlich wie z. B. bei Lebercirrhose, in andern Fällen ist die Flüssigkeit theilweise abgesackt oder selbst durch eine Art vollständiges oder unvollständiges Diaphragma der Bauch in zwei Höhlen abgetheilt.

Ein nahezu constantes Symptom ist ferner das Fieber; dasselbe kann gleich bei Beginn der Krankheit auftreten oder erst später mit beginnender Exsudation; dasselbe

hat den Typus der Febris hectica, kommt Abends selten über 39,0, und Morgens ist die Temperatur gewöhnlich normal. Das Fieber kann oft 14 Tage und noch länger aussetzen und dann wieder von Neuem beginnen, besonders wenn Nachschübe in der Exsudation erfolgen.

Die Puls- und Respirationsfrequenz ist gesteigert, die Harn- und Schweisssecretion vermindert.

Oedeme der untern Extremitäten können vorhanden sein, wenn in Folge des Ascites der Bauch so stark gespannt ist, dass Compression der Vena cava oder der Venæ iliacæ bewirkt wird; sie sind aber immer unbedeutend und wechselnd.

In Folge des immerhin lange dauernden Fiebers und der gastrischen Störungen findet auch immer eine mehr oder weniger starke Abmagerung und Abnahme der Körpersubstanz statt, während das Körpergewicht in Folge der Flüssigkeitsansammlung im Bauch beträchtlich über die Norm erhöht ist.

Der Verlauf der Krankheit ist überaus chronisch, er beträgt immer mehrere Monate und oft mehrere Jahre, besonders da häufig bei unzweckmässigem Verhalten der Patienten oder auch ohne bekannte Veranlassung Nachschübe oder Recidive eintreten.

Die Ausgänge sind verschieden: Es kann vollständige Heilung eintreten, besonders dann, wenn das Exsudat hauptsächlish ein seröses ist. In diesen Fällen lassen dann allmählich die Schmerzen und das Fieber nach, der Bauch schwillt ab, das Exsudat wird resorbirt, die Harnsecretion reichlicher, der Appetit und das Allgemeinbefinden bessern sich, und die Kranken bekommen wieder ein gesundes Aussehen. In anderen Fällen, wo grössere Fibrinmassen

vorhanden sind, wird zunächst nur das Serum vollständig resorbirt, die Fibrinmassen aber nur zum Theil oder gar nicht. Die durch Bindegewebsneubildung und niedergeschlagenes Fibrin zu Stande gekommenen Tumoren können lange Zeit fortbestehen, ohne dem Kranken bedeutende Belästigung zu machen; nicht selten aber findet noch nach sehr langer Zeit eine langsame Abnahme und selbst ein völliges Verschwinden dieser Tumoren statt, und zwar in der Weise, dass die Fibrinmassen zu einem feinkörnigen Detritus zerfallen und dann resorbirt werden; auch das neugebildete Bindegewebe kann theilweise zu feinkörnigen Massen zerfallen und resorbirt werden, während ein anderer Theil die gewöhnliche Schrumpfung eingeht. In Folge dieses Zerfalls und der nachfolgenden Resorption können auch die mit einander verlötheten Eingeweide wieder wenigstens theilweise frei werden und abgesackte Räume mit der übrigen Bauchhöhle wieder in Communication treten.

In anderen Fällen kann aber auch nachträgliche Verkäsung der Exsudatreste erfolgen, und es geschieht dies besonders leicht bei Individuen, welche bereits vorher an Phthisis der Lungen oder andrer Organe gelitten haben. Es kann dann bei der Autopsie unmöglich sein, zu entscheiden, ob ursprünglich eine einfache chronische Peritonitis bestand, die später in tuberculöse Peritonitis überging, oder ob die Entzündung von vorn herein den tuberculösen Charakter hatte.

Endlich gibt es Fälle, bei welchen es gar nicht zu einer Resorption des flüssigen Exudates kommt. Auch dabei kann eine theilweise Verkäsung von festen Exsudatmassen stattfinden und endlich eine tuberculöse Entzün-

dung sich entwickeln, an welcher der Kranke in Folge von Fieber, Diarrhöen und oft auch in Folge von Phthisis andrer Organe zu Grunde geht. In andern Fällen aber kommt es niemals zu einer Verkäsung der Exsudatmassen, aber der seröse Erguss wird so bedeutend, dass er zur Vornahme der Paracentese zwingt; ersetzt sich dann das Exsudat schnell wieder, und muss die Entleerung häufig wiederholt werden; so können die Kranken endlich an Erschöpfung zu Grunde gehen.

Auch in den Fällen mit günstigem Ausgang bleiben häufig anatomische Veränderungen an den Baucheingeweiden zurück, in verschiedener Art und Ausdehnung, so z. B. Verwachsungen der Därme unter einander oder mit der Bauchwand, der Blase etc., ferner Schrumpfung des Netzes, Stenosirung der Därme, Bildung von Pseudoligamenten u. s. w.

Was die übrigen Organe betrifft, so kommen Complicationen vor hauptsächlich von Seiten der serösen Häute: Pleuritis einseitig und doppelseitig, sicca und serofibrinosa, dann Pericarditis und bei Männern auch Hydrocele (Galvagni). Die Uebertragung der Entzündung vom Peritonäum auf die Pleura kann stattfinden theils auf directem Wege, indem sich Pleura und Peritonäum an mehreren Stellen direct berühren [1]), theils auf indirectem Wege, indem die phlogogenen Bestandtheile durch Vermittlung der Lymphbahnen weitergeführt werden, wie ja auch umgekehrt bei rechtsseitiger Pleuritis häufig die convexe Fläche der Leber in Folge localer Peritonitis mit dem Diaphragma verwachsen gefunden wird.

---

1) Luschka, Anatomie. II. 1. Der Bauch. Tübingen 1863. Seite 153.

Diagnose.

Die Diagnose gründet sich zunächst auf den Nachweis, dass die vorhandene Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle eine locale Begründung hat. In der That sind alle Fälle von Ascites, bei denen dieser nur Theilerscheinung eines allgemeinen Hydrops ist, wie namentlich bei Stauungen im grossen Kreislauf oder bei Nierenkrankheiten mit Leichtigkeit auszuschliessen.

Ein solcher localer Ascites kann zweierlei Ursachen haben. Entweder er beruht auf einer Stauung innerhalb des Pfortadersystems, wie z. B. der Ascites bei Lebercirrhose, bei Compression der Pfortader, bei Thrombose derselben; oder er ist als entzündlicher Process aufzufassen. In dem letzteren Falle, beim entzündlichen Hydrops, handelt es sich dann weiter um die Frage, ob diese chronische Entzündung secundär sei, eine Folge von Tuberculose, Carcinom oder andern Neubildungen, oder ob sie primär sei, ob es sich um unsere idiopathische chronische Peritonitis handle.

Was nun die Stauungen von Seiten des Pfortadersystems betrifft, so kann einmal Ascites in Folge von Lebercirrhose häufig schon durch die ätiologischen Verhältnisse, das Alter und das Geschlecht der Kranken mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Dann müssten, was bei der idiopathischen Peritonitis fast nie der Fall ist, auch Veränderungen an der Leber nachzuweisen sein, ferner Milzschwellung, oft auch Icterus, Blutungen aus dem Darmtractus oder Venenerweiterungen der Bauchdecken. Was ferner den Ascites bei Compression oder Thrombose der Pfortader betrifft, so lässt

sich ein solcher ebenfalls meist durch die Anamnese zurückweisen, indem in diesen Fällen anderweitige Entzündungen oder Bildung von grösseren Tumoren in der Leber oder in der Umgebung der Pfortader und ihrer Wurzeln vorhanden sein würden. Und dann müssten auch die meisten oben bei der Cirrhose angeführten Symptome auftreten.

Was nun die chronische Entzündung betrifft, die secundär in Folge von Carcinom oder Sarcom auftritt, so kann eine solche wahrscheinlich werden durch das Alter, durch den Nachweis eines primären Carcinoms an einem andern Organ. In solchen Fällen sind auch zuweilen früh grössere Tumoren nachzuweisen, dann tritt ebenfalls oft früh eine ausgesprochene Kachexie auf, oft auch Lymphdrüsenschwellungen, was alles bei der idiopathischen Peritonitis nicht der Fall ist. Endlich tritt in diesen Fällen niemals Besserung ein, sondern ein früher Tod.

Am schwierigsten endlich ist die Unterscheidung von der tuberculösen Peritonitis, da diese besonders im Anfang ganz ähnlich verläuft: Man hat wie bei der idiopathischen ein hektisches Fieber, Schmerzen im Unterleib, Exsudation von serösen oder serofibrinösen Massen in die Peritonäalhöhle, dann kommt auch diese Krankheit am häufigsten in der Jugend vor, es können sogar auch Stillstände, ja scheinbare Besserungen eintreten. Es ist desshalb eine sichere Diagnose erst bei längerer Beobachtung möglich, ja in manchen Fällen, wenn die fibrinösen Massen einer ursprünglich primären Peritonitis verkäsen, kann gar keine sichere Diagnose gestellt werden. Ist diese Unterscheidung also oft auch sehr schwierig, so haben wir doch in den meisten Fällen genügende Kennzeichen, um eine Diagnose zu stellen. Wir werden an

die Möglichkeit der tuberculösen Grundlage der chronischen Peritonitis denken, wenn in der Familie des Patienten Erkrankungen von Phthisis vorgekommen sind, oder wenn bei dem betreffenden Individuum selbst Tuberculose in andern Organen vorhanden ist, besonders da Tuberculose des Peritonäum nur selten primär auftritt, sondern meist secundär bei Tuberculose der Lungen, des Urogenitalapparates oder von Lymphdrüsen. Zur Sicherstellung der Diagnose kann man auch eine Probepunction vornehmen: hat das Exsudat hämorrhagische Beimengungen, so spricht dies für Tuberculose, im andern Fall eher dagegen. Die wichtigsten Kennzeichen erhalten wir aber erst bei längerdauernder Beobachtung: tritt nach kürzerer oder längerer Zeit Besserung oder Genesung ein, lässt sich ferner auch in anderen Organen wie namentlich in den Lungen bei wiederholter Untersuchung nichts von Tuberculose nachweisen, so hat man es mit primärer Peritonitis zu thun; denn die tuberculöse Peritonitis führt meist verhältnissmässig bald zum Tode. Es werden zwar auch Fälle von Heilungen angeführt, aber dabei hatte man es wahrscheinlich nicht mit Tuberculose zu thun, sondern immer nur mit der idiopathischen Peritonitis.

Die hauptsächlichsten diagnostischen Momente wären also: Das Vorhandensein eines Ascites, der weder auf Pfortaderstauung noch auf Neubildungen des Peritonäum zurückzuführen ist, der aber verbunden ist mit Schmerzhaftigkeit, Fieber und häufig einen günstigen Verlauf nimmt. Ferner ist noch charakteristisch das Verhalten des Exsudates, dasselbe ist rein oder fast rein serös, stark Eiweiss haltig, zuweilen auch serösfibrinös.

Prognose.

Dieselbe ist im Allgemeinen günstig, namentlich gegenüber der tuberculösen Peritonitis. Galvagni hat unter seinen zwölf Fällen zehn Genesungen und nur zwei Todesfälle. Unter den sechs auf hiesiger Klinik beobachteten Fällen sind drei vollständige Genesungen zu verzeichnen, ein Fall ist in entschiedener Besserung begriffen und wird voraussichtlich auch zu vollständiger Heilung führen, ein Fall ist noch in Behandlung, und endlich kam auch ein Todesfall vor. Die günstigste Prognose geben solche Fälle mit vorwiegend serösem Exsudat, indem dieses am leichtesten vollständig resorbirt wird; es können zwar auch wie in einem der auf hiesiger Klinik beobachteten Fälle ziemlich grosse Tumoren nahezu vollständig wieder verschwinden.

Die Complicationen mit Pleuritis haben gewöhnlich die Gefahren nicht gesteigert, mit Ausnahme der Fälle, wo neben einem hochgradigen Ascites auch noch ein ungewöhlich reichlicher Erguss in eine Pleurahöhle erfolgte.

Therapie.

Vor allem ist vollständige Ruhe im Bett nöthig, obgleich die Kranken sich oft dagegen sträuben, da sie sich verhältnissmässig wenig krank fühlen. Die absolute Ruhe ist von Wichtigkeit, weil dadurch allein schon oft der entzündliche Process gemässigt, und namentlich auch eine Abnahme oder vollständiges Verschwinden des Fiebers erzielt wurde.

Ferner ist die Diät zu regeln, es sollen hauptsächlich

flüssige leichtverdauliche Speisen genossen werden, so besonders Milch, leichte Suppen, auch etwas Wein ist zu gestatten.

Zur Mässigung der Entzündung, beziehungsweise zur Beförderung der Resorption sind anzuwenden im Anfang kalte oder Priessnitz'sche Umschläge, später, wenn kein oder fast kein Fieber mehr besteht, lange fortgesetzte Kataplasmen über den ganzen Bauch; durch Einwirkung der Wärme wird namentlich auch die Degeneration der neugebildeten pathologischen Massen befördert. Zur Beförderung der Resorption sind auch schon verschiedene Arzneimittel angewandt worden, wie Jodkalium, Jodeisen, aber ohne Wirkung. Von Galvagni wird empfohlen Einreibung des Bauches mit Jodsalbe, aber auch hievon wurde bei den in Basel behandelten Fällen kein Nutzen gesehen. Ebenso verhält es sich mit Einpinselungen von Jodtinktur, mit Ableitungen durch Vesicatore, reizende Salben etc. Dagegen wurde von dem Gebrauch von Ungt. hydrarg. ciner. sowohl bei den Fällen in Basel als hier in Tübingen, in Verbindung mit anhaltenden Kataplasmen augenscheinlicher Nutzen beobachtet.

Eigentliche Hydragoga, so namentlich Diuretica und Diaphorectica sind ohne wesentlichen Erfolg; doch können Diuretica, wie z. B. Kali acet., Tatar. borax., Tart. natron. unbedenklich versucht werden. Drastica könnten eher Erfolg erwarten lassen, aber bei ihrer Anwendung läuft man Gefahr durch die Reizung des Darms und die starken Darmbewegungen einen neuen Entzündungsreiz für das Peritonäum hervorzurufen.

Da nach Vornahme der Paracentese gewöhnlich das Exsudat sich bald wieder ersetzt, somit das Mittel nur

palliative Wirkung hat, und andrerseits auch noch sehr spät spontane Resorption erfolgen kann, so ist dieselbe nur im Nothfall anzuwenden, wenn das Exsudat so massenhaft ist, dass die Function der Lunge und der Abdominalorgane wesentlich beeinträchtigt wird. Oder in Fällen, bei welchen das Exsudat reichlich ist, und nach längerer Behandlung keine Abnahme zu erkennen ist (ob eine solche Abnahme erfolgt oder nicht, ist durch genaue Messung des Bauchs und Bestimmung des Körpergewichts zu controliren).

Symptomatisch kommen in Betracht: Die Schmerzen, gegen dieselben sind zu versuchen: Umschläge, Kataplasmen, Opium, Morfium. Ferner das Fieber, gegen welches neben diätischen Massregeln oft noch Medicamente anzuwenden sind, wie Chinin mit Digitalis in Pillen oder zeitweise einzelne stärkere Dosen von Chinin oder Salicylsäure.

Und endlich hat man noch zu behandeln etwaige Stuhlverstopfungen oder Diarrhöen.

Die folgenden Krankengeschichten, welche in der Hauptsache möglichst kurz zusammengefasste Auszüge aus den klinischen Journalen sind, werden zur Erläuterung mancher der besprochenen Verhältnisse beitragen.

Erster Fall.

Eva S., 24 Jahre alt, ledig, Nätherin von Rexingen.

Anamnese. Der Vater und ein Geschwister an Schwindsucht gestorben. P. selbst hatte in ihrer Jugend mit Ausnahme der Masern keine Krankheit. Im 16. Jahre wurde sie menstruirt, die Menses waren stets unregelmässig und blass. P. litt damals an Herzklopfen, Engbrüstigkeit, doch will sie nicht eigentlich bleichsüchtig gewesen sein. Mit dem 20. Jahre bekam sie ein Magenleiden, sie erbrach häufig, besonders nach dem Genusse von sauren Speisen; Blutbrechen war nie vorhanden, dagegen häufig Magenschmerzen und Stuhlverstopfung.

Im November 1871, in ihrem 23. Lebensjahre, erkrankte sie angeblich in Folge einer Erkältung. Es stellte sich eine Auftreibung des Unterleibes ein, verbunden mit heftigen Schmerzen besonders in den Hypochondrien, zugleich trat auf Erbrechen und Stuhlverstopfung. Auf Sennesblätter erfolgte Stuhlgang und damit auch Erleichterung, doch war P. seit dieser Zeit nicht mehr gesund. Der Stuhlgang war immer unregelmässig, schmerzhaft, ferner trat wiederholt Erbrechen und Leibschmerz auf, und der Bauch schwoll allmählig immer stärker an. Die Menses cessirten wiederholt und seit Februar 1872 hörten sie ganz auf. Fieber war von Anfang an zugegen, besonders Abends. Die Fiebererscheinungen hielten oft 8 bis 14 Tage an, um dann auf längere Zeit wieder zu verschwinden. P. magerte dabei stark ab. Oedeme an den Beinen waren nie zugegen; ebenso kein Husten. Mit Ausnahme der 3 ersten Tage war P. immer ausser Bett und nähte, bei schwererer Arbeit traten immer Leibschmerzen auf.

Status præsens den 17. Juni 1872. Ziemlich mageres Individuum, Hautfarbe, Schleimhäute blass. Keine

Oedeme. Gewicht 42,7 Kilo. Die Untersuchung der Brust ergibt nirgends Anomalieen weder bei Percussion noch Auscultation. An der Herzspitze ein systolisches (accidentelles) Geräusch. Abdomen gleichmässig über die Norm ausgedehnt, die Circumferenz desselben beträgt in der Höhe des Nabels 68 Ctm., und die Enfernung von der Spitze des Proc. xiph. bis zur Symphys. oss. pub. 37 Ctm. Leber und Milz ohne nachweisbare Anomalieen. Bei Palpation des Abdomen fühlt man zahlreiche grössere und kleinere, jedoch nicht über Wallnussgrosse Tumoren, welche bei der Dünheit der Bauchdecken sehr deutlich unterschieden werden können. Die Tumoren sind rund oder kantig und von derber Consistenz; sie sind theils vollkommen isolirt, theils durch leistenartige Erhabenheiten mit einander in Zusammenhang. Die Tumoren sind unverschiebbar und schmerzlos. Was die Vertheilung derselben anlangt, so sind sie besonders reichlich im Meso- und Hypogastrium sowie in den beiden Iliacalgegenden anzutreffen, fehlen dagegen fast gänzlich im Epigastrium und in den Hypochondrien. Neben den Tumoren bestehen reiche Mengen flüssigen Exsudates im Peritonäalcavum. Dasselbe ist sowohl in den abhängigen Bauchregionen als auch stellenweise zwischen den Tumoren nachweisbar.

Auf diesen Befund hin wurde die klinische Diagnose gestellt: Chronische Peritonitis mit dem Ausgang theils in fibröse theils in käsige Umwandlung der Entzündungsproducte, letzteres desshalb, weil von Hause aus Disposition zu käsigen Entzündungen besteht.

Allabendlich traten Temperatursteigerungen auf, die Temperatur erhob sich aber nur selten über 39,0. Die höchste Abendtemperatur war 39,6. Morgens war die Temperatur nie über 38,0. Therapie: Täglich 4 Schoppen Milch, Kataplasmen auf den Bauch und Einreibungen von Ungt. einer. Es wurden vom 13. bis 31. Juli ver-

braucht 30,0 Ungt. ciner. Mundaffection trat nicht auf. Im weiteren Verlauf nahm das Fieber bald ab und stieg im August nie mehr über 38,0. P. fühlte sich ziemlich wohl. Der Bauch nahm erheblich an Volumen ab. Beim Abgang den 5. September wog die Kranke 47,2 Kilo, hatte also trotz Abnahme des Bauchumfangs um 4,5 Kilo zugenommen.

Sie wurde wieder aufgenommen den 16. November, wobei sich folgender Status præsens ergab:

Aussehen frisch, Gesichtsfarbe lebhaft, keine Oedeme, Abdomen gleichmässig aber in geringem Grade aufgetrieben, lässt bei Palpation von den früher so deutlich fühlbaren Knoten nichts mehr erkennen. Nur bei tiefem Druck besonders in den Seitenregionen fühlt man eine diffuse höckerige Resistenz, welche auf Residuen der zum grössten Theil resorbirten Exudatmassen zu beziehen sein dürfte. Gewicht 48,33 Kilo. P. bekam 3 Löffel Leberthran pro die, Gewicht bei der Entlassung den 10. Dezember 52,12.

P. hat sich seit dieser Zeit wiederholt hier gezeigt und erfreute sich stets des besten Wohlseins, auch wurde später niemals mehr etwas von den früheren Tumoren gefühlt.

Dies ist also ein ganz typischer Fall von idiopathischer chronischer Peritonitis, der mit vollständiger Genesung endigte, und bei welchem nicht bloss das flüssige Exsudat, sondern auch bedeutende fibrinöse Massen vollständig resorbirt wurden. Bei der Diagnose konnte man anfangs schwanken zwischen idiopathischer und tuberculöser Peritonitis, besonders weil nach der Anamnese in der Familie Fälle von Phthisis vorgekommen waren. Doch musste das Fehlen jeglicher Symptome von Seiten der Lungen gleich anfangs einiges Bedenken erregen, und im weiteren Verlauf konnte bald, bei dem frühen Eintreten

entschiedener Besserung, die Diagnose auf idiopathische Peritonitis sichergestellt werden. Was die Aetiologie in diesem Fall anlangt, so könnte wohl der Ausgangspunct ein Ulcus ventriculi gewesen sein, auf dessen Annahme die Anamnese schliessen lässt, andrerseits könnten aber auch die wiederholt aufgetretenen Menstruations-Anomalieen dabei betheiligt sein.

Zweiter Fall.

Barbara M., 35 Jahre alt, verheirathet, von Judenbach.

Anamnese. Die Kranke, die früher niemals in Tübingen in Behandlung war, gibt an, sie sei in ihrer Jugend stets schwächlich gewesen, habe im 17. Jahre an Bleichsucht gelitten; die Menses seien zuerst im 18. Jahre aufgetreten, immer unregelmässig gewesen und zeitweise lange Zeit, bis zu einem Jahre, ausgeblieben. Im 28. Jahre sei sie an acutem Gelenksrheumatismus erkrankt, nachher aber wieder nahezu gesund gewesen. In ihrem 30. Jahre seien wiederholt Anschwellungen der unteren Extremitäten aufgetreten, später auch eine stetig zunehmende Anschwellung des Bauches, welche innerhalb ¾ Jahren fünfmal die Paracentese nothwendig gemacht hätte. Am 1. Mai 1870 sei die Laparotomie ausgeführt worden, und zwar meint die Kranke, dass die behandelnden Aerzte die immer wiederkehrenden Wasseransammlungen im Bauche für Eierstockswassersucht gehalten haben; von der Operation habe sie sich vollständig wieder erholt und sei bis zum Jahre 1872 gesund geblieben. Im Juli 1872 sei sie in Folge einer Erkältung und starker Erschütternng beim Fahren von Neuem erkrankt. Sie bekam ziemlich heftige Bauchschmerzen, Auftreibung des Bauches, Stuhlverstopfung, aber kein Erbrechen. Auf den Gebrauch von Kataplasmen, Setzung von Blutegeln und Einreibung von

Ungt. ciner. nahm die Schwellung des Bauches ab. Fieber war nur in den ersten 8 Tagen vorhanden. Anfangs August stellte sich wieder eine stärkere Schwellung des Bauches ein, welcher auch immer schmerzhaft blieb, ferner Oedem der untern Extremitäten. In den letzten 4 Wochen trat eine immer mehr sich steigernde Dyspnoe auf.

Status præsens den 7. Oktober. Hochgradige Cyanose der Lippen, Ohren, Fingernägel. Respirationsfrequenz 36, Puls 104 in der Minute, letzterer klein, aussetzend. Harn intensiv dunkel gefärbt, Eiweiss haltig. Hochgradiges Oedem beider Unterextremitäten. Bauch stark ausgedehnt, die Haut desselben elephantiasisartig verdickt, zeigt zwischen Nabel und Symphyse eine 12 Ctm. lange, vollkommen lineär in der Mittellinie verlaufende, wulstig aufgeworfene Narbe, welche nach Angabe der Kranken von der Laparotomie im Jahre 1871 herrühren soll. Das Abdomen gibt in den abhängigen Parthien, in beiden Regiones iliacae, im Hypo- und Mesogastrium vollkommen gedämpften Schall und lässt bei Palpation deutliches Fluctuationsgefühl erkennen.

Die obere Dämpfungsgrunze verläuft nicht horizontal ums Abdomen, die Dämpfungsfigur ist vielmehr eine unregelmässige und bleibt die gleiche bei verschiedener Lage der Kranken. (Abgesacktes flüssiges Exsudat.) Von Seite des Herzens, ausser bedeutender funktioneller Schwäche, keine bemerkenswerthen Anomalien. Auf den Lungen hört man hinten den beiden Unterlappen entsprechend fein- und mittelgrossblasiges feuchtes Rasseln. Weder Lungeninfiltration noch Pleuritis nachweisbar.

Auf die Anwendung von Digitalis tritt in den nächsten Tagen wesentliche Erleichterung ein, doch die Schmerzhaftigkeit des Abdomens hält an, Abends ist auch leichtes Fieber vorhanden, das aber nicht bis zu 39,0 kommt. Die Besserung dauert aber nicht lange an, es tritt

Icterus auf und blutig tingirte Sputa; wiederholt wird Digitalis versucht, muss aber wegen Erbrechens bald wieder ausgesetzt werden. Am 21. October erfolgt der Tod.

Die Section ergibt der Hauptsache nach Folgendes:

Haut der Unterbauchgegend elephantiastisch verdickt, untere Extremitäten stark, obere schwächer ödematös. Bei Eröffnung des Unterleibs entleert sich eine Menge einer Anfangs gelbklaren, später mit Fibrin gemischten Flüssigkeit, etwa vier bis fünf Schoppen. Dieses Serum ist enthalten in einem abgesackten Raum, der nach vorn von der Bauchwand, nach oben vom Colon transversum und von Dündärmen begrenzt wird. Das Netz ist an den Quergrimmdarm herangezogen und daselbst mit der Bauchwand verwachsen. Der ganze abgesackte Raum ist mit Fibrinmassen überkleidet. Die Dünndärme sind unter einander zu einem zusammenhängenden Conglomerat verwachsen, besonders fest an denjenigen Stellen, welche das abgesackte Exsudat begrenzen. Das Peritonäum der Bauchwand sowohl als das der Därme entsprechend dem Orte des Exsudates ist verdickt, von schmutzig graurother Farbe, die Oberfläche rauh und glanzlos, von festem Fibrin überzogen. Die Leber ist von festen Bindegewebsschwarben überzogen, ähnlich die Milz, welche um ungefähr 3 Ctm. den Rippenbogenrand überragt. Die untere Grenze des Exsudatraumes wird gebildet von der Blase, welche mit ihrer Spitze 3 Ctm. vom Nabel entfernt und stark gefüllt ist. Mit der hintern Fläche der Blase ist der Körper des Uterus und mit diesem der Mastdarm fest verwachsen. Der Uterus selbst ist mässig vergrössert und etwas schlaff.

Tuben und Ovarien sind beiderseits vorhanden und frei von cystösen Entwicklungen. Beide Lungen in ihrer ganzen Ausdehnung mit der Pleura verwachsen, Lungen-

gewebe blutreich ödematös. In beiden Lungen mehrere Haselnussgrosse Infarkte.

Der Herzbeutel ist grösstentheils zu einer mehr als 3 mm. dicken, durch Kalkeinlagerungen sehr fest gewordenen Schichte umgewandelt, er ist allseitig durch lockeres Zellgewebe mit dem Herzen verwachsen. Der rechte Ventrikel ist erweitert und um das doppelte verdickt, der linke Ventrikel ist normal. Herzfleisch rechts fest, links schlaff, in fettiger Entartung begriffen.

Die Leber allseitig mit der Umgebung verwachsen, ihre Serosa stellenweise schwartig verdickt. Das ganze Organ ist um $^1/_3$ kleiner, exquisite Muscatnussleber. Milz um das doppelte vergrössert, Kapsel verdickt, Milzgewebe dunkelroth. Nieren etwas vergrössert, Kapsel leicht abziehbar.

In diesem Falle muss es, da ausreichende anamnestische Daten von der Kranken nicht zu erlangen waren, zweifelhaft bleiben, in welche Zeit die Entwickelung der chronischen Peritonitis zu setzen sei. Ursprünglich hat es sich wohl um allgemeinen Hydrops in Folge ungenügender Arbeit des von dem acuten Gelenkrheumatismus her mit dem Herzbeutel verwachsenen Herzens gehandelt. Indem allmählich die hyperämische Stauungsleber sich in atrophische Muscatnussleber umwandelte, kam, wie dies auch sonst nicht selten geschieht, eine besondere Ursache der Stauung im Peritonäum und damit ein überwiegender Ascites zu Stande. Nun ist es denkbar, dass erst nachher, vielleicht unter Mitwirkung der wiederholten Punctionen und der Operation, die chronische Peritonitis mit serös-fibrinösem Exsudat und die spätere Absackung desselben sich entwickelte. Es ist aber schwer anzunehmen, dass ein frei beweglicher Flüssigkeitserguss im Abdomen zu dem diagnostischen Irrthum geführt hätte, welcher jene Operateure zur Vornahme der Laparotomie

veranlasste, und aus diesem Grunde ist es vielleicht wahrscheinlicher, dass schon damals das Exsudat abgesackt gewesen, also der Beginn der chronischen Peritonitis in eine frühere Zeit zu setzen sei. Die neue Erkrankung im Juli 1872 würde dann als Recidiv oder Recrudescenz einer früher schon vorhandenen chronischen Peritonitis aufzufassen sein. Er wäre dann dieser Fall ein Beispiel, dass chronische Peritonitis mit abgesacktem Exsudat zur Verwechselung mit grossen Ovariencysten führen kann.

Dritter Fall.

Heinrich R., 4 Jahre alt, von Esslingen.

Anamnese. Der Vater ist brustleidend, einige Verwandte der Mutter starben an Phthisis. $^3/_4$ Jahre alt machte P. die Masern durch, darnach bekam er eine Lungenentzündung, an welcher er vier Wochen krank lag. Dann blieb P. gesund bis zum dritten Lebensjahr, wo er sechs Wochen lang den Keuchhusten hatte.

Anfangs Februar 1873 bemerkte die Mutter an dem Kranken grosse Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Husten; ferner traten auf Bauchschmerzen und Frieren abwechselnd mit Hitze. Allmählich schwoll auch der Bauch an und wurde fest. Seit Ostern wurden die Bauchschmerzen stärker, der Bauch nahm rasch an Umfang zu, das Fieber stellte sich häufiger ein und P. magerte ab.

Status præsens den 17. Juli 1873. Hochgradig abgemagertes Kind von krankhafter Physiognomie und schmutzig blasser Hautfarbe. Im Missverhältniss zu den skelettartig abgemagerten oberen und unteren Extremitäten und dem nicht minder abgemagerten Thorax und Gesicht steht das bedeutend und gleichmässig kuglig ausgedehnte Abdomen, dessen Haut glatt und glänzend, sehr stark gespannt und mit einer reichlichen Venenentwicklung versehen ist. Das Abdomen gibt, mit Ausnahme

des Epigastriums vollständig gedämpften Schall und lässt überall sehr deutliche Fluctuation erkennen. Der Umfang des Bauches in der Nabelhöhe beträgt 78 Ctm., das Gewicht des Kranken 24,2 Kilo.

Gleich am Tage nach der Aufnahme, den 18. Juli, sah man sich wegen starker Behinderung der Respiration und in Hinsicht auf die schwer darniederliegende Verdauung genöthigt, die Punction des Abdomen mittelst einer Hohlnadel vorzunehmen. Es wurden 5200 CCtm. einer ziemlich hellen grüngelben Flüssigkeit entleert, deren spezifisches Gewicht 1020, deren Eiweissgehalt 5,4 % betrug.

Die nun folgende Behandlung bestand in der Anwendung grosser Gaben von Leberthran und Milch und in Einreibungen von Ungt. ciner. auf die Bauchdecken. Allabendlich stellte sich Fieber ein, das zeitweise 39,0 bis 39,5 (im Rectum) erreichte. Unter reichlichen Schweissen erfolgte gegen Morgen jedesmal der Temperaturabfall.

P. wurde leider, ehe noch ein Erfolg zu constatiren war, wieder nach Hause genommen; dort hat sich, wie die Mittheilung des behandelnden Arztes ergibt, sein Zustand so gebessert, dass er als vollständig gesund zu betrachten ist.

Dies ist der einzige Fall bei einem männlichen Individuum, der auf hiesiger Klinik beobachtet wurde, und der ebenfalls mit vollständiger Genesung endete. Auch hier konnte man wieder, zufolge der Anamnese, zuerst an Tuberculose denken, und erst im weiteren Verlauf der Krankheit liess sich die richtige Diagnose stellen.

Vierter Fall.

Elisabeth W., 16 Jahre alt, von Kirchentellinsfurth.

Anamnese. Von Schwindsucht ist in der Familie nichts bekannt. Im 14. Jahre hatte P. „Schleimfieber“, woran sie sechs Wochen zu Bett lag. In der letzten

Woche dieser Krankheit fühlte sie einen Druck im Epigastrium von einem Rippenbogen zum andern, zugleich sah man diese Gegend vorgewölbt, und in der Tiefe fühlte man eine harte und bei Druck ziemlich empfindliche Geschwulst. In der nächsten Zeit bemerkte P. auch eine allmählige Zunahme des ganzen Bauches, später schwollen auch die untern Extremitäten an. Die Schwellung des Bauches nahm grösstentheils gleichmässig zu, während die Extremitäten wieder abschwollen. In der Ruhe war das Athmen leicht, bei Anstrengungen entstand Dyspnoe und Husten. P. ging meist umher. Manchmal hatte sie Abends Fieber, doch ist sie bis jetzt an Kräften nicht erheblich heruntergekommen.

Status præsens den 23. Juni 1874. P. ist leidlich gut genährt, die untern Extremitäten sind schwach ödematös. Der Bauch ist bedeutend vergrössert. Grösster Umfang des Bauchs über dem Nabel 88 Ctm. Bei der Palpation zeigt er exquisite Fluctuation. Im Epigastrium fühlt man eine drei Finger breite flache Erhabenheit, welche horizontal von einem Rippenbogen zum andern quer herüberzieht. An der Stelle des Nabels befindet sich eine Citronengrosse, von normaler Haut bedeckte, kugelige Geschwulst, deren flüssiger Inhalt durch Druck entleert werden kann.

Bei oberflächlicher Percussion gibt fast der ganze Bauch absolut gedämpften Schall.

An Leber, Herz und Lungen nichts Anomales nachzuweisen.

Klinische Diagnose: Idiopathische chronische Peritonitis.

Gewicht bei der Aufnahme 41,5 Kilo. P. hat alle Abend geringe Temperatursteigerungen, die höchste Abendtemperatur war 38,8. Morgens immer normale Temperatur. Die tägliche Harnmenge schwankt zwischen

400—600 CCtm. Der Bauchumfang nahm während ihres Aufenthaltes in der Klinik zu bis zu 92 Ctm.

Therapie: Einreibung von Ungt. ciner., daneben innerlich Kal. acetic. Im Ganzen wurden in der Zeit vom 23. Juni bis 1. August 120 Gramm Ungt. ciner. eingerieben, ohne dass Salivation erfolgt wäre.

Am 22. August wurde P. nach Hause entlassen, ohne dass ein Erfolg erzielt worden wäre; dort nahm der Umfang des Bauches immer noch mehr zu und es musste im Januar 1875, wegen drohender Perforation des Nabels, die Punction gemacht werden, wobei eine grosse Menge heller, leicht grünlich gefärbter, stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert wurde. Die Punction musste aus demselben Grunde im Mai 1876 wiederholt werden. Im übrigen war das Allgemeinbefinden bis zu dieser Zeit ziemlich gut; P. war meist ausser Bett und hatte guten Appetit.

Im Mai 1876 bekam sie noch eine rechtsseitige Pleuritis und in Folge davon auch stärkeres Fieber, Schmerzen auf der Brust, Dyspnoe, es trat Appetitmangel ein, und P. magerte bedeutend ab.

Eine am 9. Juli 1876 vorgenommene Untersuchung ergibt im Wesentlichen folgendes:

P. ist sehr mager. Schon die blosse Berührung mit der Hand lässt Fieber constatiren. Die untern Extremitäten sind schwach ödematös. Die Bauchhöhle ist durch einen beweglichen Flüssigkeitserguss stark ausgedehnt. Die Leber ballotirt im rechten Hypochondrium, ihre Oberfläche ist glatt. Rechtsseitiges bedeutendes pleuritisches Exsudat, das vorn bis zur dritten Rippe, hinten bis zur Spina scapulæ reicht. Puls 140 Schläge in der Minute. Die Hauptbeschwerden der Patientin sind: Stechen auf der rechten Brust, quälender Husten, Dyspnoe.

Der locale Ascites bei dieser Patientin kann zweierlei Ursachen haben, entweder Lebercirrhose oder chro-

nische Peritonitis. Die erstere ist auszuschliessen, da jedes ätiologische Moment fehlt, und an Leber und Milz nichts Abnormes nachzuweisen ist, auch ist das Fieber in diesem Fall wieder so constant und charakteristisch, wie es bei Lebercirrhose nicht leicht vorkommt.

Es erhebt sich nun die weitere Frage, ob man es mit tuberculöser oder idiopathischer Peritonitis zu thun hat; da weder in der Familie noch bei der P. selbst von Tuberculose etwas nachzuweisen ist, und auch das Allgemeinbefinden bis zum Auftreten der Pleuritis, trotz der langen Dauer der Krankheit, so wenig alterirt wurde, so kann man mit ziemlicher Sicherheit Tuberculose ausschliessen.

Dieser Fall gibt aber doch eine ungünstige Prognose, da das Exsudat in der Bauchhöhle immer wieder steigt und desshalb in nächster Zeit wieder eine Punction in Aussicht steht; dazu kommt noch die hochgradige Pleuritis mit starkem Fieber, welche einestheils die schon vorher behinderte Respiration noch mehr erschwert, anderntheils durch das Fieber den Kräftezustand noch mehr vermindert.

Fünfter Fall.

Marie K., 6 Jahre alt, von Waldenbuch.

Anamnese. In der Familie ist von Lungenkrankheiten nichts bekannt. P. soll von Geburt an immer schwächlich gewesen sein. Von Kinderkrankheiten hatte sie bloss Masern. Der Bauch soll ganz allmählich bis zum Herbst 1874 und von da an in kurzer Zeit ohne bekannte Veranlassung rasch gewachsen sein, auch traten jetzt zu Zeiten heftige Schmerzen auf. Später nahm der Bauch wieder ab, dann aber nach kurzer Zeit wieder zu bis zu seiner jetzigen Grösse. Die Beschwerden der P. waren meist gering, sie lag nie anhaltend zu Bett.

Status præsens den 2. Juni 1873. Anämisches, mageres, blass aussehendes Kind. Abdomen stark gespannt, durch einen Flüssigkeitserguss aufgetrieben, der bei Lagewechsel ebenfalls seine Lage ändert. Bei Exploration des Bauches ist nirgends Schmerzhaftigkeit oder ein Tumor nachzuweisen. Der grösste Umfang des Bauches vier Finger breit über dem Nabel beträgt 62 Ctm. Das Gewicht 12,31 Kilo. Auf den Lungen sind zu Zeiten einzelne kleinblasige feuchte Rasselgeräusche hörbar, auch ist etwas Husten vorhanden. Eine Dämpfung ist nirgends nachzuweisen. Am Herzen nichts Abnormes.

Klinische Diagnose: Idiopathische chronische Peritonitis.

P. hat zuweilen Abends Fieber, das aber immer nur unbedeutend ist. Der Appetit ist gut. Husten und Rasselgeräusche verschwinden nach einiger Zeit vollständig.

Therapie: Einreibungen von Ungt. ciner. 2,0 pro die. Im Ganzen werden 70,0 eingerieben.

Bei der Entlassung den 12. August beträgt der Umfang des Bauches 60 Ctm., der Bauch ist weich und gut zu durchtasten.

P. wird wieder aufgenommen den 28. October 1873. Während ihrer Abwesenheit soll sich in dem Befinden nichts geändert haben; der Umfang des Bauches soll sich stets gleich geblieben sein, im Uebrigen fühlte sich P. wohl und war den Tag über nur selten zu Bett.

Der Bauchumfang betrug bei der zweiten Aufnahme 63 Ctm., die Lungen zeigten vollständig normalen Befund. In den untern Partieen des Bauches ist eine horizontal verlaufende Dämpfung nachzuweisen, die bei Lagenwechsel ihren Platz ändert.

Therapie: Ungt. ciner. 1,0 pro die. Innerlich Lebertran.

Bei der Entlassung den 20. November beträgt der Bauchumfang 59,5 Ctm.

Zu Hause wurde P. nicht weiter behandelt, sie war den ganzen Tag auf und fühlte sich ganz wohl, auch wurde der Bauch den Winter über zusehends kleiner. Eine Untersuchung den 12. Juli 1876 ergibt folgendes: P. sieht gut aus, die Wangen sind geröthet, der Bauch ist nur wenig mehr vergrössert, weich, Flüssigkeit ist in demselben keine mehr nachzuweisen, P. hat guten Appetit, der Stuhlgang ist regelmässig, auf den Lungen nichts Abnormes nachzuweisen.

Wir haben hier wieder einen freien Ascites, der weder von allgemeiner Stauung, noch von Stauung im Pfortaderkreislauf herrührt, und der in der letzten Zeit vollständig wieder verschwand.

Aus letzterem Umstand lässt sich entnehmen, dass derselbe auch nicht durch Neubildungen entstanden ist, sondern einfach auf einer primären chronischen Entzündung des Peritonäum beruhte.

Sechster Fall.

Therese B., 22 Jahre alt, ledig, von Sickingen.

Anamnese. In der Familie ist nichts von Phthisis bekannt. P. selbst war bis zum October 1873 vollständig gesund. In ihrem 19. Lebensjahre wurde sie zum ersten Male menstruirt, die Periode war immer unregelmässig und meist mit Schmerzen verbunden. Die Blutung dauerte oft acht Tage und war sehr profus. Im October 1873 bekam P. heftige Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen, die verschieden lang, oft zwei Tage dauerten, so dass sich P. zu Bett legen musste, dann verschwanden sie wieder, um in kürzerer oder längerer Zeit wieder aufzutreten. An der schmerzhaften Stelle soll sich allmäh-

lich eine harte Geschwulst gebildet haben, die bis Mitte des Jahres 1874 etwa Hühnereigrösse erreichte. Im Februar 1874 bemerkte P. zum ersten Male eine schmerzlose Anschwellung des Bauches, welche sie aber anfangs am Arbeiten nicht hinderte. Diese Anschwellung vergrösserte sich gleichmässig bis August 1874, wo eine schnellere Zunahme eintrat. Von Juli bis October sistirten auch die Menses. Im October trat die Periode mit Schmerzen wieder ein und war sehr profus.

Die Geschwulst unter dem rechten Rippenbogen soll allmählich wieder abgenommen haben, die Anschwellung des Bauches aber nahm immer zu, so dass P. nicht mehr arbeiten konnte.

Status præsens den 16. Januar 1875. Gutgenährtes Individuum, Bauch stark ausgedehnt, zeigt in der Höhe des Nabels eine seichte quere Furche. Die Palpation des Bauches ergibt unterhalb der Querfurche deutliche Fluctuation, die Percussion absolute Dämpfung. Die Flüssigkeit ist nach beiden Seiten hin beweglich, nicht aber nach oben, wo sie entsprechend der Querfurche abgesperrt ist. An Leber und Milz ist nichts Abnormes nachzuweisen. Die Untersuchung der Brust ergibt links hinten oben eine schwache Dämpfung und an dieser Stelle einige Rasselgeräusche; sonst ist Alles normal. Der Umfang des Bauches in der Höhe der Querfurche beträgt 87 Ctm., der grösste Umfang unterhalb derselben 88 Ctm.

Klinische Diagnose: Chronische Peritonitis mit Absackung des Exsudates in querer Richtung.

In der nächsten Zeit nimmt der Umfang des Bauches immer mehr zu, und es erfolgt auch eine Exsudation in den Raum oberhalb der Querfurche; es tritt ferner Fieber auf und ziemlich heftige Schmerzen.

Therapie: Einreibung von Ungt. ciner., ferner Kataplasmen.

Bis zum 12. März hat der Bauch einen Umfang von 104 Ctm. erreicht, er ist stark gespannt und sehr schmerzhaft. Es wird desshalb die Punction vorgenommen, wobei 8500 CCtm. einer grünlichgelben hellen Flüssigkeit entleert werden. Das spezifische Gewicht derselben beträgt 1022, der Eiweissgehalt 5,5 %.

Der grösste Umfang des Bauches nach der Punction beträgt 90 Ctm.

Trotzdem der Einstichspunkt unterhalb der die frühere Absackung darstellenden Querfurche angelegt wurde, sinkt bei der Entleerung der Flüssigkeit die obere Grenze der Dämpfung allmälich herab, so dass dieselbe immer horizontal bleibt, eine Absackung der untern Parthie ist also nicht mehr vorhanden.

Nach der Punction wird die Behandlung mit Kataplasmen und Ungt. ciner. fortgesetzt, der Bauch nimmt bald wieder an Umfang zu, es treten zeitweise heftige Schmerzen auf, ferner Diarrhöen; auch ist meist Fieber vorhanden.

In den nächsten Monaten nimmt der Umfang des Bauches bald zu bald ab, das Fieber vermindert sich, verschwindet zuletzt gänzlich; auch die Schmerzen lassen nach und treten nur selten mehr auf. Längere Zeit hindurch ist auf beiden Lungen deutliches pleuritisches Reiben zu hören.

Bei der Entlassung den 22. Dezember ist der Bauchumfang 84 Ctm., die Dämpfungsgrenze ist drei Finger breit unterhalb des Nabels, das Allgemeinbefinden ist ganz gut, es sind keine Schmerzen mehr vorhanden, der Appetit ist gut und auf den Lungen nichts Abnormes mehr nachzuweisen. Die Kataplasmen wurden bis in die letzte Zeit immer noch fortgesetzt.

Zu Hause setzte P. Kataplasmen noch fort bis zum Frühjahr 1876, und war den ganzen Winter über noch

zu Bett. Während dieser ganzen Zeit besserte sich ihr Zustand nur sehr langsam. Im April 1876 stand sie auf, ging auch bald aufs Feld und verrichtete leichtere Arbeiten, und von dieser Zeit an soll die Besserung sehr rasche Fortschritte gemacht haben.

Eine am 11. Juli 1876 vorgenommene Untersuchung liess weder im Bauch noch auf der Brust etwas Abnormes constatiren. P. fühlt sich vollständig gesund, sie hat guten Appetit und kann wieder schwere Arbeiten verrichten.

Es war dies wieder ein Fall mit vollständiger Genesung, bei welchem nicht blos die seröse Flüssigkeit resorbirt wurde, sondern auch ausgedehnte Verwachsungen sich lösten, durch welche eine Zeit lang der Bauch vollständig in zwei Abtheilungen getrennt war. Dass der Hydrops entzündlicher Natur war, konnte man unter Anderem schon daraus schliessen, dass der Erguss nicht frei war, es fragte sich also weiter noch, ob die Entzündung eine primäre war, oder bedingt durch Neubildungen. Gegen maligne Neoplasmen sprach schon das gute Aussehen und Allgemeinbefinden der Kranken. Die Tuberculose dagegen, an welche wegen der Dämpfung der linken Lungenspitze gedacht werden konnte, war erst später durch den ausserordentlich günstigen Verlauf der Krankheit ausschliessbar.